

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA QUESTÃO DE
SAÚDE PÚBLICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Giani Rathke

Santa Maria, RS, Brasil

2011

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Giani Rathke

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Gestão e Políticas Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Sistema Público de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mari Cleise Sandalowski

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**APOIO MATRICIAL: REVELANDO POTÊNCIAS E
FRAGILIDADES PARA PRODUÇÃO DE EFEITOS NO TRABALHO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Elaborado por

Giani Rathke

como requisito parcial para obtenção do grau de
ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Comissão Examinadora:

Mari Cleise Sandalowski , Dra. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Rosane Janczura, Dra. (SMASC)

Rodrigo Jardim, Mest. (SMS)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 17 de junho de 2011.

DEDICATÓRIA

Aos meus **pais, Darcy Rathke e Lourety Porto Rathke** (*in memorian*)
pelo imenso amor a mim dedicado, pelo apoio e incentivo durante todas as fases
da minha vida.

Pai você foi o melhor **pai e mãe** do mundo.

Agradeço aos demais **familiares, irmãos, sobrinhas (os),
cunhado (as)**, pelo carinho, pelas palavras que me despertavam o desenho de seguir
em frente, de a cada dia querer me lançar a novos desafios.

A **professora orientadora Mari Cleise Sandalowski**, pelo aceite em
orientar este trabalho, pelo apoio e contribuições realizadas.

Ao **Clóvis Schimtt Souza**, pelas orientações e reflexões que
permitiam abrir meus horizontes.

A Preceptora de núcleo **Rosane Janczura** pelo suporte, ânimo, amizade,
e principalmente pela abertura de portas a Residência para trabalhar saúde e assistência.

Em especial a **Vânia Olivo**, por “lavar a terra” e instituir a Residência
Multiprofissional que foi a especialização mais sofrida e ao mesmo tempo
maravilhosa da minha vida, pelo dinamismo e a possibilidade de adquirir não
somente conhecimento técnico em saúde pública, mas possibilitou um crescimento pessoal e
espiritual indescritível, de respeito à visão do outro e do trabalho em equipe.

“DAS UTOPIAS

Nunca, jamais desanimeis,
Embora venham ventos contrários”.

Madre Paulina.

SUMÁRIO

1 RESUMO-----	6
2 ABSTRACT-----	7
3 INTRODUÇÃO-----	9
4 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO-----	10
5 DEFINIÇÕES DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMÍLIA-----	12
6 ANÁLISE DOS DADOS-----	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	28
ANEXOS I-----	29
ANEXO II-----	31

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo conhecer a violência doméstica na população Santa-mariense através dos atendimentos no Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS I. Considera-se que a violência possui um alto índice no Município de Santa Maria; estima-se que os casos de violência doméstica apresentam-se em proporções ainda maiores e desconhecidos, devido às sub-notificações existente no Município.

Neste sentido, procura-se neste artigo proporcionar maiores reflexões sobre as notificações compulsórias nos serviços de saúde e assistência social, pois são pertinentes a ambos os serviços para efetivar a intersetorialidade entre as políticas viabilizando melhor qualidade no atendimento ao usuário. (Portaria N°. 104/GM/MS, de 25 de Janeiro de 2011; que integra os casos de violência doméstica, sexual e demais agravos à lista de notificações compulsórias). Neste contexto, o estudo busca construir uma cartografia da violência doméstica no intuito de identificar os tipos de violência, a população mais atingida, os bairros de maior ocorrência, no Município de Santa Maria/RS.

Palavras-chave: Violência doméstica, notificações compulsórias, e família.

ABSTRACT

This article aims to understand domestic violence in Santa Mariense population through attendance at the Reference Center Specializing in Social Welfare - CREAS I. It is considered that violence has a high rate in the municipality of Santa Maria, it is estimated that domestic violence cases present themselves to an even greater unknown and due to the sub-existing notifications in the city.

In this sense, this article seeks to provide greater reflection on the compulsory notifications in health care and social assistance because they are relevant to both services to effect the intersectionality between policies permitting better quality service to the user. (Ordinance no. 104/GM/MS of January 25, 2011, which includes cases of domestic violence, sexual and other injuries to the mandatory notification list). In this context, the study seeks to build a mapping of domestic violence in order to identify the types of violence, the population most affected, the districts with the greatest occurrence in the city of Santa Maria.

Keywords: Domestic violence, compulsory notifications, and family.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de um projeto de pesquisa realizado como um requisito parcial para conclusão do curso de pós-graduação, modalidade Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. A pesquisa foi realizada no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), “*serviço público de média complexidade que oferece atendimento psico-social às vítimas de violência doméstica e intrafamiliar, às pessoas e seus familiares com seus direitos violados, mas cujos laços familiares ainda não foram extinguido*” (GUIA CREAS/MDS, pg.4, 5, 2005).

O estudo tem como objetivo analisar e categorizar os dados sobre violência doméstica na população santa-mariense através dos atendimentos no Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS I. Em seguida, visa identificar os tipos de violência doméstica, a população mais atingida e os bairros de ocorrência dessas situações de conflito, com o intuito de classificar as localidades de maior incidência, conforme as regiões administrativas existentes no município; pretende-se, ainda, mapear os dados sobre violência doméstica, considerando a vulnerabilidade social, áreas de risco e as peculiaridades de cada região no Município.

Assim, o estudo em questão apresenta o seguinte problema de pesquisa: Como os atendimentos de casos sobre violência doméstica no Município de Santa Maria vêm sendo operacionalizáveis e como esses dados podem contribuir para o planejamento das ações de saúde? Para melhor compreensão deste tema, parte-se de uma revisão de literatura com base em conceitos sobre violência doméstica e suas respectivas características, vulnerabilidade social e referenciamento das instituições públicas de atendimento dos casos de violência.

PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

O processo investigativo utilizado neste estudo é resultante de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, com o objetivo de identificar os dados sobre violência doméstica na população santa-mariense. O estudo em questão envolve a coleta de dados secundários através das fichas de atendimento do Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS I. Ressalta-se que os dados levantados pela pesquisa são de domínio público e não envolvem abordagem direta com o indivíduo.

A escolha do serviço deu-se devido à necessidade de integrar as ações das Políticas Públicas de Saúde *versus* a Política de Assistência Social como prioridade de atuação à integralidade das ações em políticas públicas no que se refere à violência doméstica, assim, articulando os níveis de complexidade dos respectivos sistemas, no intuito de fazer uso das ferramentas de planejamento, referência e contra-referência, intersetorialidade, interinstitucionalidade (Projeto Residência Multiprofissional, 2009).

Considerando o fluxo de atendimentos da Instituição há registros de 191 casos de violência correspondentes ao ano de 2010, os quais são: criança/adolescente, mulher, idoso, população de rua e pessoa portadora de deficiência. A consistência das informações foi observada durante a coleta dos dados, uma vez que a digitação ocorreu simultaneamente, permitindo, assim, a visualização das inconsistências. No tocante aos formulários aplicados, analisaram-se cento e setenta e sete fichas. Entre essas fichas têm-se dezessete casos de criança e adolescentes que obtiveram atendimento em 2010, mas que não estavam registrados no fluxo; ainda constam quatro casos de crianças e adolescentes que tiveram seu acolhimento em 2010, mas cujo acompanhamento psicológico deu-se no início de 2011, devido à lista de espera de psicólogos (demanda reprimida).

Durante a coleta dos dados verificou-se que em relação a dezessete casos registrados no fluxo de idosos, as pastas não foram encontradas; constatou-se o mesmo em três casos de crianças e adolescente registrados no fluxo, cujas pastas também não foram encontradas no serviço. Ainda têm-se doze casos de crianças e adolescentes que são tipificados como demanda reprimida de 2010, os quais aguardam atendimento.

Da mesma forma, observou-se que em três casos (atendimento às crianças e adolescentes) não constava o acolhimento realizado pelo Serviço Social à família da vítima e nem o encaminhamento do conselho tutelar com o tipo de violência a ser trabalhado pelo serviço. Ainda, em relação à categoria crianças e adolescentes, observou-se que três casos estavam sem acolhimento e a coleta da pesquisa foi realizada pelo encaminhamento do

conselho tutelar. A análise destas particularidades representa a totalidade das 191 fichas de atendimentos no serviço durante o ano de 2010, que estavam no fluxo. Contudo, para fins desta pesquisa, foram analisados 177 prontuários.

Para a análise dos dados as fichas de atendimento do serviço foram armazenadas nos pacotes estatísticos SPSS 13.0, Windows e Stata 9.0 para a realização das análises estatísticas. Primeiramente será realizada a análise descritiva das variáveis independentes com apresentação dos valores absolutos e percentuais. A análise e interpretação dos dados dar-se-à com base na perspectiva teórico-metodológica da Sociologia.

DEFINIÇÕES DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMÍLIA.

A violência doméstica é uma problemática histórico/social que perpassa gerações e em grande número de vezes de forma silenciosa. Com o advento da lei Maria da Penha (lei 11.340/2006), a questão da violência doméstica ganhou novas perspectivas. Conforme a Lei Maria da Penha:

violência doméstica é qualquer ato, omissão ou conduta que provoque sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou econômicos, de modo direto ou indireto, por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio, a qualquer pessoa que habite na mesma casa (pais, filhos, conjuges, companheiros ou namorados e ainda crianças, jovens e idosos) ou que, não habitando na mesma casa que o agressor, seja conjuge ou companheira ou ex-cônjuge ou ex-companheira, ou tenha uma relação de parentesco direta (LEI 11.340, 2006).

A violência, como fenômeno social e familiar, não é exclusivamente contemporânea, é o resultado de uma cultura que veio se estabelecendo ao longo da história da humanidade, na qual as relações de poderes têm um papel fundamental e determinante (Painel de Indicadores SUS, Nº. 5, 2008). A violência doméstica nasceu dos movimentos sociais de mulheres, muitas vezes para descrever uma violência intrafamiliar no espaço doméstico, e muitas vezes a violência por estar ligada às relações de poder atingindo um grande número de mulheres, tornando uma questão de gênero. (MS, Cadernos de Atenção Básica nº.8, pg. 15, 2002).

Para Sandalowski (2005: 48), a pesquisa social a respeito da temática violência doméstica é cada vez mais extensa, podendo se citar os trabalhos de Saffioti (1995, 2000), Corrêa (1983), Soares (1999), Heilborn (1992, 1998) nos quais pode ser contatada a diversidade de interpretações sobre este assunto. Segundo Sandalowski (2005: 49), observa que para as autoras, "... há a necessidade de distinguir os conceitos de violência doméstica e violência familiar/intrafamiliar, pois estes possuem sentidos distintos. Assim, pode se dizer que a violência doméstica inclui outros membros do grupo, tais como vizinhos, agregados, desconhecidos e outros, e a violência intrafamiliar esta mais relacionada aos vínculos de parentescos ou das relações de afeto que se constroem e permeiam o âmbito familiar".

A família, como grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consangüinidade ou de convivência (BRASIL, 2002), tem a função primordial de socialização de seus membros. Essa função é exercida num contexto dinâmico de organização e de relação e poder. A violência

doméstica tem se constituído de fenômenos multi-determinados, se caracterizando como graves problemas sociais e de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil ocupa o segundo lugar no perfil de mortalidade geral por causa de violências (Datusus, 2006).

A violência para o Sistema Único de Saúde possui gastos muito mais onerosos com emergências e assistência do que os procedimentos médicos convencionais, pois, as conseqüências da violência demandam serviços de média a alta complexidade no Sistema único de Saúde e no Sistema único de Assistência Social. Os indicadores de saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde mostram que investir em atenção básica, ou seja, promoção e prevenção são baratas e resolutivas; no entanto, é conveniente para muitas administrações públicas municipais investir no SUS de alta complexidade, ainda mais quando se pode favorecer o terceiro setor.

Em Relação à família:

Chama-se família ao grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consangüinidade ou de convivência. A família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. (MS, Cadernos de Atenção Básica n.º.8, pg. 13, 2002).

Petrini (2003) afirma: Na sociedade contemporânea, as pessoas ainda idealizam um modelo de família, predominantemente a nuclear. No entanto, nesta última década, pode-se observar uma constante mudança nos modelos familiares; isto pode ser atribuído ao novo modo das pessoas entenderem e viverem a sua sexualidade, os seus relacionamentos amorosos, os vínculos familiares e afetivos que constituem, o papel do casal na relação, como os filhos são percebidos no contexto familiar e como essas mudanças podem tornar-se particularmente vulnerável.

Neste quadro de mudanças é importante compreender os novos arranjos familiares que vem se constituindo ao longo dos anos; é necessário também entender a história de vida do indivíduo, o contexto cultural no qual está inserido, assim como os ciclos de vida no que se refere às políticas públicas de saúde e assistência social, bem como as funções que a família assume na atualidade e o dinamismo das relações sociais (Petrini, 2003).

Assim percebe-se que muitas orientações de conduta familiar do passado perdem o sentido, quando emergem as novas agregações familiares, e com elas surgem às dificuldades

da transmissão de valores, de oferecer uma estabilidade emocional e psicológica a prole, referente à manifestação do amor, da vida sexual, da educação, da transmissão do conhecimento de forma que estas venham a somar de maneira positiva na vida dos jovens para o enfrentamento dos desafios na sociedade moderna. (Petrini, 2003)

Segundo (Carvalho, 2003), é preciso olhar os arranjos familiares no seu movimento de organização e reorganização e compreendê-las como um grupo social, evitando a naturalização de um modelo de família ou a estigmatização das mesmas. Neste sentido, é importante observar as fragilidades e diversidades dos novos arranjos familiares e compreender as novas necessidades dos indivíduos dentro da sua cultura, entender os seus projetos de vidas de forma que permita ao profissional traçar novas estratégias que respondam de maneira resolutiva a essas novas demandas encontradas no cotidiano.

ANÁLISE DOS DADOS

Neste subcapítulo serão analisados os dados referentes à pesquisa de campo realizada no CREAS, com o intuito de analisar os seguintes objetivos: Identificar os tipos de violências domésticas, a população mais atingida, os bairros e localidades de maior ocorrência, conforme a Prefeitura Municipal de Santa Maria; mapear os dados sobre violência doméstica, considerando a vulnerabilidade social, áreas de risco e as peculiaridades de cada região no município.

Quadro 1. Idade das vítimas.

		Frequência	%
Válido	Até 5 anos	24	13,6%
	De 6 a 10 anos	59	33,3%
	11 a 15 anos	52	29,4%
	16 a 20 anos	11	6,2%
	21 a 25 anos	2	1,1%
	36 a 40 anos	1	0,6%
	41 a 45 anos	2	1,1%
	51 a 55 anos	2	1,1%
	56 a 60 anos	3	1,7%
	Acima de 61 anos	20	11,3%
	Total	176	99,4%
Em Falta	(não respondeu)	1	0,6%
Total		177	100,0%

O quadro 1. mostra a frequência da violência em Santa Maria por idades, onde percebemos que a incidência maior é em crianças entre 6 à 10 anos de idade com 59 casos registrados; em segundo lugar, com 52 casos estão adolescentes entre 11 e 15 anos de idade; o terceiro lugar fica com a população acima de 61 anos com 20 casos registrados; em quarto lugar observam-se crianças com até 5 anos de idade com 24 casos atendidos no CREAS em

2010. O quinto lugar fica com a população cuja idade corresponde de 16 a 20 anos, com 11 casos registrados no fluxo.

Segundo o Ministério da Saúde, na quinta edição do painel de indicadores do SUS, (DF, 2008), cita a pesquisadora Cecília Minayo que afirma:

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas afeta fortemente a saúde, provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais, diminui a qualidade de vida das pessoas e da coletividade, exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde, coloca novos problemas para os atendimentos médicos preventivo ou curativo, e evidencia a necessidade de uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada no setor, visando as necessidades dos cidadãos. (Minayo, pg.10, 2006).

A autora reforça o investimento em equipe qualificada e multiprofissional para atender casos de violência, pois estas situações de violência em sua dinâmica são multicausais; os modelos de organização familiar, a renda, o nível cultural, o ambiente e o modo de vida têm papel condicionante e determinante na situação da violência doméstica.

Quadro 2. Renda familiar da vítima.

		Frequência	%
Válido	Até um salário "2010 R\$ 510,00"	49	27,7%
	Entre 1 e 2 salários mínimos	51	28,8%
	Entre 2 e 3 salários mínimos	20	11,3%
	Entre 3 e 4 salários mínimos	11	6,2%
	Entre 4 e 5 salários mínimos	5	2,8%
	Acima de 5 salários	4	2,3%
	Não Responderam	30	16,9%
	Total	170	96,0%
Em Falta	(não se aplica)	7	4,0%
	Total	177	100,0%

No quadro 2. evidencia-se a frequência da renda familiar dos casos atendidos no CREAS que sofreram algum tipo de violência.

Em relação aos dados da pesquisa, observa-se que uma grande parte das famílias em situações de violência é de baixa renda. Assim, na tabela acima podemos identificar que vem ocorrendo um aumento da renda familiar, ou seja, do total de casos analisados 51 encaminhamentos tipificaram as famílias atendidas com renda entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 510,00 a R\$ 1.020,00), perfazendo 28,8%; esse percentual é maior que os 49 casos de famílias que recebem até um salário mínimo (R\$ 510,00, em 2010), perfazendo 27,7%; ainda observou-se que em 20 casos famílias com renda entre 2 e 3 salários mínimos (R\$ 1.020,00 à R\$ 1.530,00), perfazem 11,3%; tem-se também 11 casos com renda entre 3 e 4 salários mínimos (R\$ 1.530,00 à R\$ 2.040,00), perfazendo 6,2%; há em 5 registros de atendimentos famílias com renda entre 4 e 5 salários mínimos (R\$ 2.040,00 à R\$ 2.550,00), perfazendo 2,8%; constam também 4 registros de famílias com renda acima de 5 salários (R\$ 2.550,00), perfazendo 2,3%. Ressalta-se ainda que em 30 casos analisados não constava nas fichas de atendimento a renda familiar da vítima, perfazendo um percentual significativo de 16,9%, cuja maioria pertence ao segmento Idoso.

Neste contexto, pode-se considerar que o aumento da renda familiar das famílias brasileiras deve-se ao permanente incentivo e valorização de políticas e programas de transferência de renda direta, tais como: bolsa família e benefício de prestação continuada. Porém, esse aumento da renda familiar não atingiu a diminuição de indicadores de casos de violência, o que leva-nos a refletir que falta efetividade nas políticas de educação, saúde e assistência no sentido de uma transformação cultural do tema violência, considerando que atualmente encontramos respaldos legais e incentivos financeiros das três esferas de governo.

No entanto, muitas vezes o que é questionável é a forma como os casos de violência são enfrentados e viabilizados com a descentralização das políticas; em como os gestores dos municípios em sua prática valorizam os serviços de atendimento as vítimas, os profissionais da rede municipal, a permanente qualificação dos mesmos sobre o tema, infraestrutura, e equipe multiprofissional trabalhando interdisciplinarmente e intersetorialmente (Residência Multiprofissional, 2009). Pois, o interesse e incentivos por parte da gestão do município é essencial para a qualidade do serviço e diminuição de indicadores.

O Centro de Referência Especializado em Assistência Social para definição dos tipos de violência utiliza a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) e a Lei Maria da Penha (11.340/2006). Os códigos citados

abaixo são frequentemente usados pelos Conselhos Tutelares, Vara Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), Delegacia do Idoso (DPPI), Delegacia da Mulher (DPPM). Sua tipificação é a seguinte: **74.0** – Negligência e abandono; **74.1** – Abuso Físico; **74.2** – Abuso Sexual; **74.3** – Abuso Psicológico; **74.9** – Maus tratos.

A análise descrita é referente à frequência dos tipos de violência atendidos no CREAS em 2010. Identificou-se que o abuso sexual é o tipo de violência mais atendido no serviço com 70 casos registrados, perfazendo 39,5% dos casos. Em seguida consta a tipologia 74.9 - maus tratos - com 20 casos ocorridos, perfazendo 11,3%; em terceiro lugar tem-se a tipologia 74.0 - negligência e abandono, perfazendo 6,8%. Em relação ao abuso psicológico (74.3) foram identificados 7 casos, perfazendo 4,0%, e quanto ao abuso físico - 74.1 - foram identificados 7 registros (4,0%); em relação às categorias abuso físico e sexual teve-se 7 casos, perfazendo 4,0%; quanto à categoria abuso físico e maus tratos foram observados 8 casos, com a soma do percentual de 4,5%; o mesmo percentual foi encontrado em relação à variável abuso psicológico e abuso físico.

Em seguida, pode-se observar a divisão de vários tipos de violência sofridos por uma única pessoa; essa subdivisão mostra que muitas vezes um indivíduo chega a um determinado serviço com a suspeita de um tipo de violência, mas durante o atendimento percebe-se que o usuário sofre um conjunto de violências, considerando que o tema violência já é complexo de se tratar, ainda mais quando um profissional se depara com uma situação na qual constata-se vários tipos de violências. Assim, percebem-se dificuldades em trabalhar em rede, pois há profissionais que não estão capacitados ou sensibilizados para a percepção, conduta, acolhimento, encaminhamentos que fazem parte do trabalho multiprofissional e intersetorial.

Importante ressaltar que o serviço onde se realizou a pesquisa presta atenção primordial ao abuso sexual, devido à maioria dos registros encontrados durante o trabalho de campo; durante a pesquisa foi possível analisar casos recorrentes que vem sendo tratados ao longo dos anos, o que permite refletir sobre a resolubilidade dos serviços. A predominância das situações de violências doméstica, categorizadas como abuso sexual, ocorre devido aos encaminhamentos realizados pelo conselho tutelar e pela vara da infância e juventude, pois esses casos são maiores em crianças e adolescentes. Neste sentido, registros como abuso físico e abuso psicológico ficam em segundo plano, mas que são extremamente difíceis de tratar, pois muitas vezes são casos que vem ocorrendo há muitos anos e quando encaminhados ao serviço de atendimento psicossocial, já apresentam agravamentos em seu estado psíquico; ressalta-se que a violência psicológica torna-se mais complexa devido não se obter os reais danos mentais, emocionais causados à vítima.

Isso pode ser observado com base nos indicadores de saúde, pelos altos números de tentativas de suicídio e homicídios encontrados nos observatórios de acidentes e violências em hospitais sentinelas¹ e nos sistemas de informação, tais como: DATASUS, Secretaria de Saúde do Estado. Assim, percebe-se a freqüente divisão de tarefas entre serviços de atendimento às vítimas de violência.

Neste sentido, em relação aos casos referentes à saúde estes são tratados como situações específicas e peculiares ao indivíduo; deste modo, acredita-se que em relação a uma grande parcela de pessoas que sofrem violência física, e que são atendidas em unidades de saúde, não são realizadas as notificações compulsórias e estes casos não são encaminhados corretamente ao CREAS. A falta de informação, de recursos humanos, de capacitação e do trabalho em rede reflete nos casos reincidentes e na constante falta de resolubilidade, que influencia na lista de espera de casos novos (demanda reprimida).

Os encaminhamentos ocorrem não como uma continuação do atendimento, o que gera um descomprometimento com aquele usuário que é encaminhado de serviço em serviço. A freqüente terceirização dos profissionais nos serviços colabora com a falta de vínculo, acolhida e comprometimento nos atendimentos dos casos de violência; aliada a esta questão pode-se mencionar, ainda, a não valorização financeira do profissional, salários baixos para um trabalho com uma demanda ampla e complexa. Assim, esses fatores colaboram a não efetivação do trabalho intersetorial entre políticas públicas, pois na descentralização ocorre a falta de estímulo do gestor.

Um exemplo disso são as sub-notificações existentes no município; por conseqüência ocorre o dificultamento das ações em saúde, o planejamento e conhecimento da população vitimizada, os tipos de violência mais freqüentes e a disponibilidade de recursos financeiros em nível Estadual e Federal, em decorrência do desconhecimento da real situação de acidentes e violências no Município.

¹ “Observatório de acidentes e violências”, existente nos serviços de urgência e emergência no Rio Grande do Sul, que atuam como sentinela desses agravos. (Portaria Nº. 2.325/GM/MS, de 08 de Dezembro de 2003; regula os núcleos epidemiológicos nos Hospitais Sentinelas; Portaria Nº. 104/GM/MS, de 25 de Janeiro de 2011; integram os casos de violência doméstica, sexual e demais agravos a lista de notificações compulsórias.) O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é um Hospital sentinela, este projeto é desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos e serviços de saúde promovendo melhores condições de trabalho. As notificações de acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são comunicados ao sistema de informação do Estado, já as violências doméstica, sexual e simbólica são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), o formulário é preenchido no Hospital Universitário e emitido á Vigilância Sanitária do Município, pois apenas núcleos epidemiológicos estão habilitados a digitar essas informações. Neste sentido, a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria de Município da Saúde são responsáveis por sensibilizar e capacitar os profissionais da rede municipal para o preenchimento correto deste formulário, visando um melhor planejamento das ações em saúde em nível Municipal.

Essas informações permitem uma reflexão de que em plena contemporaneidade com tantas políticas implementadas e recursos disponíveis para determinados fins não resultem em planejamento das ações em saúde, e assistência para atingir metas.

A descrição a seguir, refere-se à análise da frequência dos tipos de violência atendidos no serviço e os bairros de residência da vítima; a divisão dos bairros ocorreu conforme definição da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. Assim, pode-se observar que o segmento “outros”, obtiveram 11 registros de atendimento, com uma soma percentual de 6,2%; as regiões do Bairro Dom Antônio Reis (região sul) e os Distritos de Santa Maria² perfazem um total de 6,8% dos casos; já em relação às regiões de Santo Antônio e Passo das Tropas foram identificados 12 registros, 6,8%.

Com isso, no cruzamento dos dados se apresentará uma breve problematização dos tipos de violência, por segmento e bairro que a pesquisa permitiu observar. Desse modo, a frequência dos tipos de violência observada ao longo da pesquisa é a seguinte: criança 86 registros (48,6%), adolescentes 60 casos (33,9%), idosos 17 casos, com uma soma percentual de 9,6%; no segmento adulto foram observados 8 registros (4,5% dos casos), em relação às pessoas portadoras de deficiência 5 casos (2,8%) e em relação à população de rua teve-se apenas 1 registro (0,6%).

A tipologia 74.0 – Negligência e abandono - apresentou os maiores índices nos segmentos criança e adolescente e os bairros que apresentaram o maior percentual foram os seguintes: Presidente João Goulart (nordeste, 9 registros e 5,1%), Salgado Filho (norte, 9 casos, 5,1%), Boi Morto (oeste, 3 registros, 1,7%), e Distritos (12 casos, 6,8%); em relação à população idosa e pessoas portadoras de deficiência os maiores índices de violência foram encontrados nos Bairros Itararé (nordeste, 10 casos, 5,6%), Urlândia (sul, 11 casos, 6,2%) e Noal (centro-oeste, 6 registros, 3,4%); no segmento população de Rua o Bairro Caturrita (norte) apresentou 1 registro, 0,6%.

Em relação à tipologia 74.1 – abuso físico - observou-se maior incidência de violência doméstica cujas vítimas foram crianças e adolescentes. Os bairros que apresentaram o maior percentual destes tipos de conflito em relação à categoria mencionada foram: Carolina (norte, 2 casos, 1,1%), Itararé (nordeste, 10 registros, 5,6%), Km3 (nordeste, 1 caso, 0,6%), Tancredo Neves (oeste, 11 registros, 6,2%) , Centro (região central, 13 registros, 7,3%) e Presidente João Goulart (nordeste, 9 casos, 5,1%).

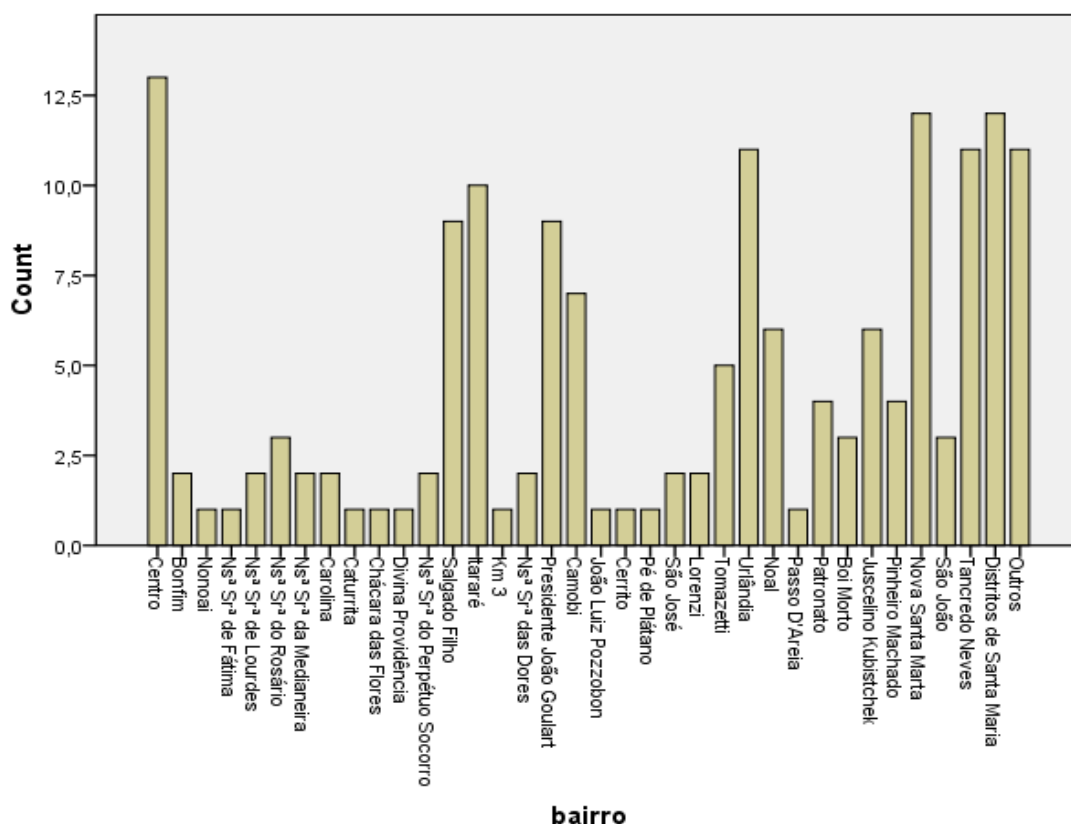
²Arroio Grande, Santa Flora, São Valentin E Boca do Monte. (SMS/SM, 2011).

A tipologia 74.2 – abuso sexual - também se apresentou em maior concentração no segmento criança e adolescente e sua distribuição ocorreu nos seguintes Bairros: Centro (região central, 13 registros, 7,3%), Bonfim (região central, 2 casos, 1,1%), Ns^a Sr^a. do Rosário (região central, 3 registros, 1,7%), Divina providência (norte, 1 caso, 0,6%), Ns^a Sr^a. Perpétuo Socorro (norte, 2 casos, 1,1%), Salgado Filho (norte, 9 registros, 5,1%), Itararé (nordeste, 10 casos, 5,6%), Presidente João Goulart (nordeste, 9 registros, 5,1%), Camobi (leste, 7 casos, 4,0%), Lorenzi (sul, 2 registros, 1,1%), Urlândia (sul, 11 casos, 6,2%), Patronato (centro-oeste, 4 casos, 2,3%), Juscelino Kubistchek (oeste, 6 registros, 3,4%), Pinheiro Machado (oeste, 4 casos, 2,3%), Nova Santa Marta (oeste, 12 registros, 6,8%), Tancredo Neves (oeste, 11 registros, 6,2%), Ns^a Sr^a. de Lourdes (região central, 2 casos, 1,1%), Chácara das Flores (norte, 1 caso, 0,6%), Tomazetti (sul, 5 registros, 2,8%) e Distritos (12 casos, 6,8%).

Quanto à tipologia 74.3 – abuso psicológico - observou-se maior número de ocorrências em relação à categoria criança e adolescente. Os bairros com os maiores percentuais são: Centro (região central, 13 registros, 7,3%), Ns^a Sr^a. de Fátima (região central, 1 caso, 0,6%), Salgado Filho (norte, 9 registros, 5,1%), Urlândia (sul, 11 casos, 6,2%), Noal (centro-oeste, 6 registros, 3,4%) e Bonfim (região central, 2 casos, 1,1%).

A tipologia 74.9 – maus tratos - é mais freqüente em relação às categorias criança e adolescente e população adulta, podendo ser identificada de forma mais recorrente nos seguintes Bairros: Centro (região central, 13 registros, 7,3%), Itararé (nordeste, 10 casos, 5,6%), João Luiz Pozzobon (centro-leste, 1 casos, 0,6%), Pé de Plátano (centro-leste, 1 registro, 0,6%), Urlândia (sul, 11 casos, 6,2%), Juscelino Kubistchek (oeste, 6 registros, 3,4%), Ns^a Sr^a. do Rosário (região central, 3 registros, 1,7%), Ns^a Sr^a. Medianeira (região central, 2 casos, 1,1%), Ns^a Sr^a. das Dores (nordeste, 2 registros, 1,1%), Boi Morto (oeste, 3 casos, 1,7%), Tomazetti (sul, 5 registros, 2,8%) e Distritos (12 casos, 6,8%). Tem-se o abuso financeiro ou patrimonial que se apresenta fortemente na população idosa, mas há registros em pessoas em idade adulta e sua ocorrência é mais freqüente nos seguintes Bairros: Camobi (leste, 7 casos, 4,0%), Centro (região central, 13 registros, 7,3%), Nonoai (região central, 1 caso, 0,6%), Passo da Areia (centro-oeste, 1 registro, 0,6%) e Distritos (12 casos, 6,8%).

Gráfico 1. bairros de maior ocorrência de violência.



O gráfico 1. permite observar que as regiões administrativas com maior índices de violência são: Região central, Região Norte e Nordeste (Salgado, Perpétuo e Itararé), Região Sul (Urlândia, Tomazetti e Dom Antônio Reis), Região Leste (Camobi), Região Oeste (Juscelino Kubistchek, Tancredo Neves, Nova Santa Marta,) Região Centro-Oeste (Noal), Distritos (Boca do Monte, Santa Flora, São Valentin, Arroio Grande). Assim, com o estudo realizado permit-se concluir que as tipologias: **74.0 – Negligência e Abandono** – maior ocorrência em criança e adolescente nas regiões: Norte, Nordeste e Distritos; em relação aos PPDs os maiores índices nas regiões: Nordeste, Sul e Centro-Oeste: **74.1 – Abuso Físico** - crianças e adolescentes, nas regiões: Nordeste, Oeste, e Centro: **74.2 – Abuso Sexual** - criança e adolescente, nas regiões: Centro, Norte, Nordeste, Leste, Sul, Centro-Oeste, Oeste, e Distritos: **74.3 – Abuso Psicológico** - criança e adolescente, nas regiões: Centro, Norte, Sul, Centro-Oeste: **74.9 – Maus Tratos** - criança e adolescente e população adulta, nas regiões: Centro, Nordeste, Sul, Oeste, e Distritos. Temos o Abuso Financeiro ou Patrimonial com maior incidência em idosos, mas há registros em pessoas em idade adulta, nas regiões: Leste, Centro e Distritos.

Na análise, sobre relação entre vítima e acusado pode-se observar que a maior frequência dos atendimentos realizados em 2010, a categoria “outros” com 47 registros e soma percentual de 26,6% dos casos, ocorre devido à subdivisão encontrada; por exemplo, como o abuso sexual contra crianças e adolescentes lidera entre os tipos de violência, a relação entre vítima e acusado se apresentou de varias formas, tais como: amigos e padrasto, vizinhos e ex-companheiro, amigos da família e vizinhos, pai, vizinho e avô.

Quadro 3. Se refere a quem efetuou o encaminhamento ao CREAS.

		Frequência	%
Válido	DPCA	10	5,6%
	HUSM	1	0,6%
	Juizado da Infância e da Juventude	9	5,1%
	Ministério Público	8	4,5%
	Delegacia do Idoso	8	4,5%
	Delegacia da Mulher	4	2,3%
	Conselho Tutelar	111	62,7%
	SMASC	2	1,1%
	Outros. Qual?	15	8,5%
	JIJ, MP e CT	4	2,3%
	Total	172	97,2%
Em Falta	Não se aplica	1	0,6%
	Não respondeu	4	2,3%
	Total	5	2,8%
Total		177	100,0%

O quadro 3. mostra a frequência com que os serviços da rede encaminham os casos de violência ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social. Como o trabalho de campo desta pesquisa identificou que as maiores vítimas são criança e adolescentes. Nesta tabela é possível observar que o conselho tutelar é o órgão que mais encaminha casos, com 111 registros, perfazendo 62,7% dos atendimentos em 2010. Em seguida, vem a Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente, com 10 registros e 5,6% dos casos; após o Juizado da

Infância e Juventude aparece com o terceiro maior demandatário pelos serviços, com 9 registros, perfazendo 5,1% dos encaminhamentos.

O quadro permite observar que a Delegacia do Idoso e Ministério Público tiveram 8 registros de encaminhamentos, perfazendo 4,5% dos casos do total de prontuários analisados. O item Delegacia de Proteção à Mulher e Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), apresentou indicadores baixíssimos de encaminhamentos ao serviço: delegacia da mulher com 4 registros (2,3%) e Hospital Universitário 1 registro, com 0,6% dos casos atendidos.

Esta informação mostra que o segmento mulher e idoso, vítimas de algum tipo de violência, fazem parte de categorias analíticas cujos dados coletados podem estar sendo mascarados; devido à subnotificações se desconhece as reais condições de violência e esta população fica desaparecida, o que não quer dizer que o atendimento não tenha sido prestado por algum serviço da rede, e sim analisar os motivos pelos quais esta população não chega ao CREAS. Esses fatos podem ser atribuídos à falta de educadores sociais³ no serviço, os quais, segundo o guia do CREAS, são profissionais responsáveis pela realização da busca ativa dos casos, fortalecendo o comprometimento, vínculo e aderência ao serviço.

O item “outros”, com 15 registros e soma percentual de 8,5% dos casos, apresentou-se da seguinte maneira: Demanda Espontânea, 4ª Vara Criminal, CAPS Prado Veppo, Procuradoria Geral do Município, e Delegacia de Polícia Civil. Nenhuma das fichas de atendimentos analisada continha registros de informação que uma unidade de saúde, pronto atendimento ou secretaria de saúde encaminharam casos de violência para atendimento no CREAS.

A próxima descrição analisa a frequência dos registros encontrada nas pastas no Centro de Referência Especializado em Assistência Social. Dentre o material analisado 68 registros correspondem ao Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude e Ministério Público, com uma soma percentual de 38,4%; tem-se 105 registros, com 59,3% dos casos, que não continham nas pastas nenhum registro realizado em Delegacias; em relação a esse dado sabe-se que nos atendimentos do Conselho Tutelar, os mesmos encaminham estas situações para a Delegacia da Criança e do Adolescente, mas como não há registros do boletim de ocorrência nas pastas dos atendimentos optou-se por não dar-se como registrado em órgão oficial.

³ “Esses profissionais desempenharão, prioritariamente, ações de busca ativa para abordagem em vias públicas e locais identificados pela incidência de situações de risco ou violação de direitos de crianças e adolescentes. A quantidade de educadores sociais deve ser proporcional à demanda e ao porte do município/região”. (GUIA CREAS, pg.18, 2005).

Quadro 4. Cruzamento com o segmento e o modelo de organização familiar da vítima.

identificação * organização Crosstabulation

Count		organização						Total
		família nuclear	famílias extensas	famílias adotivas	família monoparental	família de casais separados	outros	
identificação	criança	21	24	5	16	12	3	81
	adolescente	7	20	1	14	10	0	52
	adulto	1	1	0	2	0	1	5
	idoso	0	7	0	4	0	5	16
	PPD	1	3	0	0	0	1	5
	População de rua	0	0	0	1	0	0	1
Total		30	55	6	37	22	10	160

No quadro 4. podemos observar que a maior parte dos tipos de violência praticada contra crianças, o modelo de organização familiar predominante corresponde às famílias extensas; em segundo lugar aparecem as famílias nucleares com 21 casos, seguida das famílias monoparentais com 16 registros; por fim, constam as famílias de casais separados.

O mesmo ocorre em relação violência contra adolescentes, a qual pode ser identificada em famílias extensas com 20 registros de atendimento, seguida das famílias monoparentais com 14 registros; em terceiro lugar aparecem as famílias de casais separados com 10 casos e em quarto lugar famílias nucleares com 7 registros.

No que diz respeito à violência contra idosos a sua maior parte ocorre em famílias de organização extensa, com 7 registros; em segundo lugar em famílias monoparental com 4 casos atendidos. A violência doméstica contra pessoa portadora de deficiência é pouco identificada no trabalho de campo, pois foram encontrados 3 registros em família extensa e 1 registro em família nuclear. Isto pode-se dar devido a falta de agentes sociais para realizar a busca ativa desta população vulnerável.

No cruzamento dos dados, escolaridade, sexo e benefício assistencial da vítima, foi possível observar que a maior parte das vítimas de algum tipo de violência possuem o ensino fundamental incompleto, são do sexo feminino (14 registros) e apenas 2 usuários possuem Benefício de Prestação continuada (BPC) e bolsa família. Em seguida, 9 registros

correspondem ao sexo masculino e possuem o ensino fundamental incompleto, e 1 dos usuários tinha BPC e bolsa família.

Entre os analfabetos, observou-se que pessoas do sexo feminino são os de maior incidência, com 7 casos de algum tipo de violência; em suas fichas de acolhimento as vítimas continham registros de possuir bolsa família; dentre as 7, duas pessoas continham BPC. Nos semi-analfabetos observou-se no sexo feminino, 2 registros; dentre esses 1 apenas possuía BPC. No sexo masculino 1 dos casos possui bolsa família e em outro caso encontrou-se também 1 registros com bolsa família e benefício de prestação continuada (BPC).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho final de pós-graduação, procurou-se enfatizar o tema violência doméstica em Santa Maria. Neste sentido, o presente artigo destaca a importância de conhecer a população vitimizada, os tipos de violência mais frequentes, e as localidades de maior incidência de violência, evidenciando o compromisso do gestor municipal com as políticas públicas, visando o planejamento das ações, seja, na saúde, na assistência social ou na educação.

Pois, constatou-se que as políticas públicas estão fortemente interligadas, os programas, políticas e metas a ser atingidas se cruzam constantemente, e os profissionais precisam estar capacitados e com o olhar sensibilizado para verificar possibilidades de intervenção e traçar estratégias com outros serviços, para maior qualificação do serviço e melhor investimento do dinheiro público.

Neste sentido, faz-se necessário a aplicação de procedimentos e ações no cotidiano de trabalho destes profissionais que permitam compreender a história de vida do usuário; compreender o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido; reconhecer quando o usuário precisa ser encaminhado a outro profissional; conhecer os serviços da rede municipal de saúde e de Assistência Social; referenciar serviços e profissionais para encaminhamentos; conhecer os principais programas sociais em vigência; efetivar referência e contra-referência entre os serviços e profissionais da rede municipal.

Tais ações citadas acima são extremamente importantes para o enfrentamento da temática violência doméstica. Procurou-se durante o artigo ressaltar que a visão e incentivos da gestão municipal como co-participante é essencial, pois muitas vezes o enfrentamento da violência fica nas discussões de eventos e seminários ou no cotidiano do serviço, mas em sua prática há um retrocesso muito grande a ser desvendado, segundo o Ministério da Saúde a problemática da violência sexual, física, maus tratos, tortura, exploração sexual, trabalho infantil e demais tipos de violência, são ainda desconhecidos em sua magnitude. (MS, 2008).

Isso pode ser atribuído à autonomia que cada município tem de conduzir as situações de violência. Durante a pesquisa pode-se constatar a falta de qualificação técnica por parte de muitos gestores, pois ainda encontramos políticas públicas centradas em cargos políticos, sendo observado que profissionais responsáveis por conduzir uma política, desconhecem os preceitos e diretrizes que norteiam a política, e esta falta de conhecimento técnico reflete fortemente nos serviços, nos programas sociais, nos indicadores de saúde, nas pactuações e metas a serem alcançadas. Assim faz-se necessário que o gestor além de ter o domínio,

conhecimento técnico da política pública que vai implementar ou implantar, precisa estar em permanente qualificação, principalmente quando a prioridade é a saúde física, mental, emocional e psicológica de seres humanos.

Mediante ao que foi exposto, a especialização em saúde pública modalidade Residência Multiprofissional, além de ser o único curso que investe na formação futuros gestores, permitiu observar e analisar as oscilações que ocorrem entre teoria e prática nas políticas públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

_____. **BRASIL. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica nº.8. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Temática prevenção de violência e cultura de paz III. – Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2008. 60 p.:il. (Painel de indicadores do SUS, 5).

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Sistema Único de Assistência Social – SUAS Norma Operacional Básica – NOB (NOB-SUAS). Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília: julho de 2005.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília: 1ª versão, 2005.

Carvalho, Maria do Carmo Brant de. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

Sandalowski, Mari Cleise. O tratamento dado à violência doméstica contra crianças e adolescentes pela justiça criminal: Estudo de caso em Santa Maria, POA, 2005.

Petrini, João Carlos. Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

Portaria Nº. 104/GM/MS, de 25 de Janeiro de 2011. Integram os casos de violência doméstica, sexual e demais agravos a lista de notificações compulsórias.

ANEXOS I: CARTOGRAFIA VIOLÊNCIA

CARTOGRAFIA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS I, ANO 2010, SANTA MARIA/RS.

SEGMENTO				
(1) Criança	(2) Adolescente	(3) Adulto	(4) Idoso	(5) PPD
(6) População de rua	(99) Não respondeu			

VITIMA		
Sexo		
(1) Feminino	(2) Masculino	(99) NR

IDADE		
(1) até 5 anos	(6) 26 à 30 anos	(11) 51 à 55 anos
(2) 6 à 10 anos	(7) 31 à 35 anos	(12) 56 à 60 anos
(3) 11 à 15 anos	(8) 36 à 40 anos	(13) Acima de 61 anos
(4) 16 à 20 anos	(9) 41 à 45 anos	(99) NR
(5) 21 à 25 anos	(10) 46 à 50 anos	

ESTADO CIVIL			
(1) Casado	(3) Solteiro	(5) União Estável	
(2) Separada/Disquitada	(4) Viúvo	(6) outros	(99) NR

ESCOLARIDADE	
(1) Analfabeto	(6) Ensino Médio Completo
(2) Semi analfabeto	(7) Técnico
(3) Fundamental Incompleto	(8) Curso Profissionalizante
(4) Fundamental Completo	(9) Superior Incompleto
(5) Ensino Médio Incompleto	(10) Superior Completo
	(99) NR

COR DA PELE	
(1) Branco	(5) Índio
(2) Amarela	(6) Outro
(3) Pardo	(99) NR
(4) Negro	

RENDA	
(1) Ate um salário “2010 R\$510,00”	(5) Entre 4 e 5 salários mínimos
(2) Entre 1 e 2 salário mínimo	(6) Acima de 5 Salários
(3) Entre 2 e 3 salários mínimos	(99) NR
(4) Entre 3 e 4 salários mínimo	

BENEFICIO ASSISTÊNCIAL			
(1) BPC	(2) Bolsa Família	(99) NR	(77) Não se aplica

MODELO DE ORGANIZAÇÃO FAMILIAR	
(1) Família Nuclear	(5) Família de casais separados
(2) Família Extensas	(6) Família de Homossexuais
(3) Famílias Adotivas	(7) Outros
(4) Família Monoparental	(99) NR

QUEM EFETUOU O ENCAMINHAMENTO	
(1) DPCA	(9) Delegacia da Mulher
(2) HUSM	(10) UBS/ESF

(3) Juizado da Infância e juventude	(11) Hosp. de Caridade
(4) Hosp. Casa de Saúde	(12) Pronto atend. Municipal - PAM
(5) CATES Fórum	(13) Conselho Tutelar
(6) Cededica	(14) SMASC
(7) Ministério público	(15) Secretaria de Saúde
(8) Delegacia do Idoso	(16) Outros Qual?
	(99) NR

BAIRROS			
(1) Centro	(2) Bonfim	(3) Nonoai	(4) Nsª Srª de Fatima
(5) Nsª Srª de Lourdes	(6) Nsª Srª do Rosário	(7) Nsª Srª Medianeira	(8) Carolina
(9) Caturrita	(10) Chácara das Flores	(11) Divina Providência	(12) Nsª Srª do Perp. Socorro
(13) Salgado Filho	(14) C. Menino de Deus	(15) Itararé	(16) Km3
(17) Menino Jesus	(18) Nsª Srª das Dores	(19) Pres. João Goulart	(20) Camobi
(21) João Luiz Pozzobon	(22) Cerrito	(23) Pé-de Plátano	(24) São José
(25) Lorenzi	(26) Tomazetti	(27) Urlândia	(28) Duque de Caxias
(29) Noal	(30) Passo D´ Areia	(31) Patronato	(32) Uglione
(33) Agro-Industrial	(34) Boi Morto	(35) Jucelino Kubistchek	(36) Pinheiro Machado
(37) Renascença	(38) Nova Santa Marta	(39) São João	(40) Tancredo Neves
(41) Distritos de Santa Maria	(42) Dom Antonio Reis	(43) Outros	(99) NR

TIPOS DE VIOLÊNCIA		
1 (74.0) Negligência e Abandono	3 (74.1) Abuso Físico	5 (74.2) Abuso Sexual
2 (74.3) Abuso Psicológico	4 (74.9) Maus Tratos	99 () NR
6 () Abusador	7 () Abuso Financeiro ou patrimonial	77 () Não se aplica

RELAÇÃO ENTRE VÍTIMA E ACUSADO	
(1) Pai	(6) Mãe
(2) Outros parentes (sobrinhos, tios, avós)	(7) Vizinho
(3) Padrasto	(8) Madastra
(4) Irmão/Irmã	(9) Ex-companheiro (a)
(5) Amigos	(10) Outros
	(99) NR

FOI REGISTRADO EM ÓRGÃO OFICIAL	
() Sim – Qual?	(2) Não

ANEXO II : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo tem como objetivo informar, esclarecer e convidá-lo a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “Violência Doméstica: uma questão de saúde pública”, a ser desenvolvida pelos alunos da Residência Multiprofissional Catlen Padilha; Giani Rathke; com orientações das Prof^{as}. Mest. Mari Cleise Sandalowski. Esta pesquisa pretende a coleta de dados secundários no Centro de Referência Especializado em Assistência Social/CREAS no município de Santa Maria/RS; o estudo irá mapear a situação de violência doméstica e visa à construção de um diagnóstico das condições de vulnerabilidade da população.

Como esta pesquisa se trata apenas de coleta de dados, análise não há risco de você sentir-se cansado, sendo que como benefício, a elaboração de um projeto de intervenção com os dados levantados, assim como a socialização dos mesmos com os profissionais que contribuíram com a pesquisa.

Você não terá nenhum gasto financeiro. Os dados de serão analisados e categorizados para propor um novo modelo de planejamento na ótica multiprofissional, reconfigurando modelo de gestão que subsidie ações de atenção integral ao usuário, considerando conceitos de violência doméstica, vulnerabilidade social do sujeito e fatores de risco. Após um período da pesquisa pretendem-se apresentar os resultados as instituições do município que forneceram os dados.

Você poderá se recusar participar da pesquisa, bem como não apresentar interessa na devolução do resultado da pesquisa. Este documento foi redigido em duas vias (uma do pesquisador e outra que lhe está sendo entregue).

Eu _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a), quanto aos termos acima expostos, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do Profissional Residente de pesquisa

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, _____ de _____ de 2011.

Prof^a. Dr^a. Mari Cleise Sandalowski